

**Allegato B**

Modello di Domanda da redigere su carta libera

All'Ufficio Servizi Sociali  
 Comune di Nicosia  
 Capofila del Distretto Socio Sanitario n.23  
 pec serviziociali@pec.comune.nicosia.en.it

**OGGETTO: Istanza per l'Accreditamento dei Professionisti erogatori delle prestazioni integrative previste nel progetto HOME CARE PREMIUM 2025**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), il \_\_\_\_\_ e  
 residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,  
 CF \_\_\_\_\_, Partita IVA \_\_\_\_\_, Telefono \_\_\_\_\_,  
 PEC \_\_\_\_\_ e.mail \_\_\_\_\_,

**CHIEDE**

- di essere accreditato nell'elenco dei Professionisti del Distretto socio sanitario 23 per le prestazioni integrative del progetto Home Care Premium 2025, per i seguenti servizi:

Segnare con "X" la casella corrispondente alla prestazione per cui si chiede l'iscrizione	Prestazioni integrative	Tariffa proposta (comprensiva di oneri contributivi e fiscali)	
		Costo Studio	Costo Domicilio
	a) Servizi professionali domiciliari finalizzati a migliorare l'autonomia personale nelle attività di vita quotidiana, effettuati da <b>terapista occupazionale</b>	€	€
	b) Servizi professionali di <b>terapia della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva</b>	€	€
	c) Servizi professionali di <b>psicologia e psicoterapia</b>	€	€
	d) Servizi professionali di <b>biologia nutrizionale e di dietista</b>	€	€
	e) Servizi professionali di <b>fisioterapia</b>	€	€
	f) Servizi professionali di <b>logopedia</b>	€	€
	g) Servizi specialistici finalizzati al potenziamento e alla crescita delle capacità relazionali ed emotive [...], effettuati <b>dall'educatore professionale sociosanitario o dall'educatore professionale socio pedagogico</b>		
	h) Servizi professionali di <b>infermieristica</b>	€	€
	i) servizi professionali di cura e di assistenza alle persone in condizione di disabilità, finalizzati a soddisfarne i bisogni primari e favorirne il benessere e l'autonomia, effettuati da <b>operatore sociosanitario (OSS) e da operatore socioassistenziale (OSA)</b> .	€	€

A tal fine, consapevole di quanto prescritto dall'art. 76 del DPR 28 dicembre 2000 n° 445 sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità :

## DICHIARA

(Art. 46 - D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445)

- di essere iscritto/a all'Albo Professionale/ Ordine dei/degli \_\_\_\_\_ con sede in \_\_\_\_\_ data iscrizione \_\_\_\_\_ , n° iscrizione \_\_\_\_\_ ;
- di essere in possesso della seguente qualifica professionale/titolo \_\_\_\_\_ ;
- *per gli operatori OSA e OSS: di essere in possesso dell'attestazione della qualifica professionale di.....rilasciata da.....il.....  
(allegare l'attestazione):*
- di aver preso visione dell'Avviso di Accreditamento approvato dal comune di Nicosia, capofila del D23, e di accettarlo in ogni sua parte;
- di accettare che tutte le comunicazioni avvengano a mezzo pec o e-mail agli indirizzi su indicati;
- di essere informato, ai sensi delle vigenti disposizioni normative in tema di Tutela dei dati, che i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente eventuali variazioni dei dati trasmessi nella presente istanza.

Luogo e Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

N.B. Per garantire la leggibilità, *compilare* il modulo con computer e NON a mano.

Firmare digitalmente o con firma autografa allegando, in tal caso, documento di riconoscimento in corso di validità.

Trasmettere la dichiarazione in formato pdf.